



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Posgrado en Ginecología y Obstetricia

Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en usuarias del hospital  
Vicente Corral Moscoso. Cuenca, periodo 2019

Tesis previo a la obtención  
del título de especialista en  
Ginecología y Obstetricia

Autora:

Adriana Paola Lema Buri

CI: 0302167721

Correo electrónico: adryplema11@hotmail.com

Director:

Jaime Manuel Ñauta Baculima

CI: 0101835700

**Cuenca, Ecuador**

11-marzo-2020

**Resumen:**

**Antecedentes:** la depresión posparto afecta a una parte importante de la población a nivel mundial, nacional y local, con repercusiones en la salud de la madre, de su hijo y su entorno social.

**Objetivo:** determinar la prevalencia y factores asociados a depresión posparto en pacientes hospitalizadas en el Departamento de Obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso, 2019.

**Metodología:** estudio observacional, analítico, transversal. Participaron 320 madres seleccionadas al azar que cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicó un formulario de recolección de datos con variables sociodemográficas, Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo (EDPE) y preguntas relacionadas con los factores asociados a Depresión Posparto (DPP). Para el procesamiento de la información se empleó el Software SPSS 15, en el análisis se aplicaron frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar, para determinar la asociación chi cuadrado y valor de  $p$  ( $< 0.00$ ), además de razón de prevalencia (RP) e intervalo de confianza al 95%.

**Resultados:** las adultas jóvenes representaron un 38,1%, de su estado civil se indica unión libre en un 41,6%, amas de casa con el 72,8%, instrucción secundaria y la residencia urbana en 61,9% y 89,4% respectivamente; con estado nutricional de sobrepeso en un 45,0%. La prevalencia de DPP fue del 2.8% y los factores asociados fueron: antecedente de DPP (RP 39,8, IC95%,  $p=0,00$ ) y disfunción familiar (RP 18, IC95%,  $p=0,00$ ).

**Conclusiones:** la prevalencia de DPP fue baja y se relacionó con; familia disfuncional y antecedente de DPP.

**Palabras claves:**

**Palabras claves:** Depresión posparto. Diagnóstico. Epidemiología. Etiología

**Abstract:**

**Background:** The postpartum depression that affects an important population at the national and local level, with consequences on the health of mothers, her child and her social environment.

**Objective:** The purpose of this study is to determine the prevalence and factors associated with postpartum depression in hospitalized patients in the Department of Obstetrics at "Vicente Corral Moscoso" hospital during the year 2019.

**Methodology:** This paper is guided in an observational, analytical and cross-sectional study where 320 randomly selected mothers who met the inclusion criteria participated. Furthermore, a data collection form with socio-demographic variables, Edinburgh Postpartum Depression Scale (EDPE) and questions related to factors associated with Postpartum Depression (DPP) were applied in this process. For this information processing, we use the SPSS 15 Software in the analysis frequencies, percentages, mean and standard deviation were applied to determine the chi-square association and p-value ( $<0.00$ ), in addition to the prevalence ratio (RP) and 95% confidence interval.

**Results:** Young adults accounted for 38.1%, of marital status free union in 41.6%, housewives with 72.8%, secondary education and urban residence in 61.9% and 89.4% respectively; with nutritional status of overweight by 45.0%. The prevalence of DPP was 2.8% and the associated factors were: history of DPP (RP 39.8, IC 95%,  $p = 0.00$ ) and a dysfunctional family. (RP 18, IC 95%,  $p = 0.00$ ).

**Conclusion:** The prevalence of DPP was low and was related to: dysfunctional family and history of DPP.

**Keywords:** Postpartum depression. Diagnosis. Epidemiology. Etiology

## Índice del Trabajo

<b>CAPÍTULO I</b> .....	8
1.1.    Introducción .....	8
1.2.    Planteamiento del problema .....	9
1.3.    Justificación .....	11
<b>CAPÍTULO II</b> .....	12
2.    MARCO TEÓRICO .....	12
2.1.    Concepto de DPP .....	12
2.2.    Diagnóstico .....	12
2.3.    Factores asociados .....	14
<b>CAPÍTULO III</b> .....	16
3.    OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....	16
3.1.    Objetivo general .....	16
3.2.    Objetivos específicos .....	16
3.3.    Hipótesis .....	16
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	17
4.    DISEÑO METODOLÓGICO .....	17
4.1.    Tipo de estudio: .....	17
4.2.    Área de estudio: .....	17
4.3.    Universo y muestra: .....	17
4.4.    Criterios de inclusión y exclusión .....	17
4.4.1.    Inclusión .....	17
4.4.2.    Exclusión .....	17
4.5.    Variables .....	18
4.6.    Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	18
4.7.    Tabulación y análisis .....	19
4.8.    Aspectos éticos .....	19
<b>CAPÍTULO V</b> .....	21
5.    RESULTADOS .....	21
6.    DISCUSIÓN .....	24
6.1.    Confirmación o rechazo de la hipótesis .....	26
<b>CAPÍTULO VII</b> .....	27
7.    CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	27

7.1 Conclusiones .....	27
7.2 Recomendaciones .....	27
<b>CAPÍTULO VIII .....</b>	<b>28</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO IX .....</b>	<b>33</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>33</b>
9.1. Anexo 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
Anexo 2: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	36
9.2. Anexo 3: ALEATORIZACIÓN DE LA MUESTRA .....	37
9.3. Anexo 4: CRONOGRAMA.....	40
9.4. Anexo 5: PRESUPUESTO RECURSOS MATERIALES Y ECONÓMICOS .	41
9.5. Anexo 6: RECURSOS HUMANOS .....	42

### Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

Adriana Paola Lema Buri en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de la tesis "Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en usuarias del hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, periodo 2019", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de esta tesis en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 11 de marzo de 2020



Adriana Paola Lema Buri

C.I.: 0302167721

### Cláusula de Propiedad Intelectual

Adriana Paola Lema Buri, autora de la tesis "Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en usuarias del hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, periodo 2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 11 de marzo de 2020



Adriana Paola Lema Buri

C.I: 0302167721

## CAPÍTULO I

### 1.1. Introducción

La depresión perinatal, catalogada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales edición V (DSM-V), como la segunda causa de morbilidad que genera incapacidad en las mujeres en edad fértil (1); siendo un trastorno del estado de ánimo que provoca cambios en el humor, tristeza y desánimo, con una duración aproximada de al menos 14 días que inician dentro de las 4 primeras semanas luego del parto (2).

La depresión posparto (DPP) es sin duda un problema de salud pública, varios estudios muestran como factor principal de dicha patología a los antecedentes de DPP y depresión durante el embarazo, estudios extranjeros y locales asocian a la DPP con factores psicológicos, sociodemográficos, obstétricos, clínicos, ambientales, biológicos y genéticos. Los más estudiados son: antecedente de DPP (3), la edad (4), el estado civil (5), la ocupación (6), la instrucción (5) (6), el estado nutricional (7) (8), la funcionalidad familiar (9) (10) y las complicaciones obstétricas (11).

Para la detección de la depresión perinatal se han empleado varias escalas, la más utilizada a nivel mundial es la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE), validada en diferentes países e idiomas, con distintos puntos de corte y diferentes momentos para aplicar la misma, demostrando ser una herramienta útil para la detección de la DPP (12–14).

En la actualidad alrededor del 90% de pacientes con DPP no reciben tratamiento, ello se atribuye a diversas causas, entre ellas: falta de personal capacitado, tiempo insuficiente para investigar la enfermedad, falta de recursos económicos, inaccesibilidad a los servicios de salud y evaluación clínica errónea, por lo que lamentablemente como resultado de estas falencias se rompen los lazos entre la madre y el neonato (15) (16).

No obstante, un diagnóstico oportuno en el periodo perinatal disminuye las cifras de morbilidad en la gestación y el puerperio, mejorando el estado de salud y calidad de vida de la madre, de su hijo, su familia y su entorno social (17).

Por ello, lo que se espera actualmente y en el futuro es que se considere éste diagnóstico en las púerperas y las gestantes, conociendo que el principal factor predictor



para DPP, es el antecedente de depresión en el embarazo, enfatizar la importancia de ejecutar el cribado de esta patología en los controles prenatales y en el puerperio, si bien, en este último no se ha determinado un tiempo exacto, lo importante es realizar el tamizaje con un adecuado seguimiento (18–20).

## **1.2. Planteamiento del problema**

La depresión es un padecimiento mundial, anualmente 800.000 individuos se suicidan, representando la segunda causa de muerte entre los 15 a 29 años. Este evento afecta aproximadamente a 300 millones de personas, que al no ser tratadas padecen incapacidad y a su vez, repercute sobre las actividades laborales, escolares y familiares (21).

La depresión en el embarazo afecta alrededor del 8 a 11% en países desarrollados y en otras naciones esta frecuencia se eleva al 13% (1). La depresión perinatal a pesar de su alta prevalencia es poco conocida, se la asocia con algunos factores de riesgo tales como: aborto espontáneo, preeclampsia, parto prematuro, bajo peso del neonato (22).

En Francia en el 2014, Gaillard y colaboradores, en un estudio prospectivo en el que participaron 312 madres a las que se aplicó la EDPE, entre las 6 y 8 semanas luego del parto, obtuvieron una prevalencia del 13%. Los factores asociados a DPP fueron: antecedente de depresión en el embarazo, maltrato físico y migración de su pareja (10). En España, la DPP fue elevada en mujeres con menor formación académica, desempleadas y con antecedente de depresión en el embarazo, recalcando la importancia de los controles prenatales y durante el puerperio (20).

Fellmeth et al., en el 2014, mediante un estudio transversal en Inglaterra e Irlanda del Norte, analizó 752 puérperas a quienes se les aplicó la EDPE a los tres meses de posparto, obtuvo una prevalencia de 2.8%, utilizando la EDPE con punto de corte  $\geq 13$  (23).

En China la frecuencia de embarazadas con depresión perinatal fluctúa entre 4 a 46.11% con factores asociados como: edad y las relaciones matrimoniales, concluyendo que el apoyo familiar es importante en la salud mental de las gestantes (24). En la India, la prevalencia de DPP luego de aplicar la EDPE punto de corte  $> 9$ , fue del 15.5% a los 10 días posparto y 7.8% a las 4 semanas (19).

En América Latina la depresión prenatal oscila entre 17 al 40% (22), en México, Romero et al., identifican una prevalencia aproximada del 16% en una población de 154 puérperas, los factores de riesgo: multíparidad, amas de casa, empleadas y estudiantes (6). En el Salvador 2017, en una investigación con 151 puérperas, la prevalencia de DPP resultó de 19.8% y los factores asociados fueron: madres con pareja inestable, afroamericanos, ingresos económicos mínimos y educación básica (5).

En Venezuela, Molero y colaboradores en el 2014, en su investigación en 100 puérperas, concluyeron que la prevalencia de DPP fue 38% en adultas versus un 2% en adolescentes. Además, la DPP tuvo mayor frecuencia en madres con neonatos que presentaban patologías, dificultades para iniciar la lactancia materna y mujeres con complicaciones obstétricas (11).

En Brasil 2013, en un estudio transversal, donde se aplicó la EDPE a 2687 mujeres a las 48 horas del puerperio, la prevalencia de DPP fue del 14%; los factores de riesgo fueron: antecedentes de depresión, depresión en familiares, madre joven, multiparidad y el apoyo que brinda el personal de salud (3). En Colombia, Ortiz y colaboradores en el año 2015, en su análisis en 194 mujeres a las cuales aplicaron la EDPE determinaron una prevalencia de 40.20%, con punto de corte  $\geq 10$  (25).

En nuestro país, en la provincia de Cañar se registró una de las prevalencias más altas en relación a los datos revisados, concretamente en la Troncal en el año 2018, la frecuencia de DPP fue del 72.1% donde se aplicó la EDPE a las 4 semanas del puerperio y como factores asociados se encontró el embarazo no planificado (26). En esta línea, un estudio realizado en Cuenca en el Hospital Vicente Corral Moscoso, encontró una prevalencia de DPP del 49,85%, identificando como principales factores de riesgo: a la edad entre 20-24 años, unión libre, residir en zonas urbanas, instrucción secundaria (27).

En el Hospital José Carrasco Arteaga, mediante una investigación de orden transversal, Santacruz y Serrano en el 2014, evaluaron a 248 puérperas entre las 4 y 6 semanas posparto a través de la EDPE, los resultados fueron: una prevalencia de DPP 34.3% y factores de riesgo: el no encontrarse en edad reproductiva ideal, falta de apoyo familiar y violencia intrafamiliar durante la gestación (9).

Ante lo datos expuestos y tomando en consideración que la depresión posparto muestra cifras alarmantes no solo a nivel mundial sino localmente, además de las serias repercusiones que pueden manifestarse en la madre y el niño, planteamos el presente

estudio en función a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a depresión posparto en usuarias del hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2019?

### **1.3. Justificación**

Este estudio está vinculado a las prioridades en la investigación de la salubridad (2019), del Ministerio de Salud del Ecuador, referente al área de salud mental y trastornos del comportamiento, línea de depresión y distimia, sublínea perfil epidemiológico, también se vinculó a las líneas de investigación de los cursos de posgrado de la Universidad de Cuenca, como morbilidad y mortalidad, y Salud mental en ginecología y obstetricia.

La investigación permitió establecer los problemas de las madres atendidas en esta casa de salud en la categoría de salud mental, cuyos porcentajes despiertan muchas interrogantes, pero al mismo tiempo estimulan a mejorar la atención que se está brindando a estas pacientes.

Este trabajo se justifica desde un punto de vista social, porque reduce la morbimortalidad materno-fetal y mejora las condiciones de la familia y la sociedad, al mismo tiempo, a nivel institucional se brindará a las madres atención integral en el Hospital Vicente Corral Moscoso e igualmente se contribuirá académicamente con el personal del hospital vinculado con las pacientes embarazadas y en puerperio.

Es necesario resaltar que los controles antes y después del parto deberían tener la misma importancia que los suministrados en odontología o nutrición, por ello, es indispensable que el cribado con la EPDE sea una norma aplicada en atención primaria a todas las pacientes. En el caso de ser necesario, se deben remitir a psicología/psiquiatría. La aplicación de los procedimientos indicados, generaría un impacto positivo no solo en el binomio madre e hijo, también lograría beneficios en la familia y la sociedad en general.

Los resultados de la presente investigación serán publicados por los diferentes medios de información, como la plataforma virtual, igualmente se compartirán con las autoridades del servicio de Ginecología y Obstetricia, además se proporcionarán a la comunidad científica como una publicación indexada, para futuras investigaciones relacionadas a este campo.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Concepto de DPP**

La Depresión perinatal es el término sugerido para abarcar la depresión que se presenta en el embarazo y el puerperio, según el DSM V (1), es un trastorno depresivo mayor que se produce en el embarazo y en las primeras 4 semanas posparto, con sintomatología que permanece 2 semanas o más (2). Para la OMS en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10, los episodios depresivos ocurrirán dentro de las 6 semanas posparto (28).

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, manifiesta que el estado de vulnerabilidad de una gestante debería ser evaluado durante los controles prenatales y posteriores al nacimiento de los neonatos (15) (1), y para algunos autores el periodo de puerperio debe extenderse hasta los 6 meses de posparto (29).

La prevalencia de la DPP investigada a nivel mundial es diferente, si consideramos la prevalencia de un país desarrollado como Australia nos muestra el 3.3% (30), en Francia el 13% (10), en China se establecen prevalencias del 46,11% (24), similares a las observadas en América Latina que van desde 17 a 40% (22), y por último, en nuestro país se estableció la prevalencia más alta de todos los estudios revisados, la misma que llega al 72,1% (26).

#### **2.2. Diagnóstico**

Los síntomas para diagnosticar DPP son similares a los síntomas que se presentan en la depresión mayor (12). Según el DSM V son cinco o más los síntomas que se presentan durante el mismo período de dos semanas, y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas se demuestra como estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. 2. Disminución importante del interés o el placer en todas o la mayoría de las actividades durante el día. 3. Pérdida importante de

peso o aumento del mismo, disminución del apetito. 4. Insomnio o hipersomnia la mayor parte del tiempo. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada. 8. Disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, o para tomar decisiones. 9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (2).

Según el tiempo en el que se presentan los síntomas es necesario conocer los diferentes periodos que fisiológicamente tiene que pasar una madre luego del parto y diferenciarlo de los patológicos. Es así, que la disforia o tristeza posparto caracterizado por labilidad emocional, desconfianza, pensamientos negativos son frecuentes del 15 a 85% y ocurren dentro de los 7 a 10 días y disminuyen entre los 10 a 12 días luego del nacimiento (31), sin embargo, a diferencia de la DPP, la madre sigue su curso normal de vida sin necesidad de tratamiento (12).

Si los síntomas continúan y cumplen los criterios de depresión mayor, la madre necesita apoyo psicológico urgente; y más aún, si se presenta un cuadro clínico agudo dentro de las 48 a 72 horas de puerperio llamado psicosis posparto, caracterizado por ideas delirantes, nefastas de muerte o ideas agresivas; afortunadamente, es un periodo infrecuente y requiere de apoyo psicológico y/o psiquiátrico (12).

El diagnóstico de DPP se lo realiza mediante entrevistas y cuestionarios (23), una de ellas es la EDPE, actualmente se está validando para el embarazo en algunos países (32).

La escala diseñada por Cox en 1987, Edimburgo, tiene una sensibilidad del 88% y especificidad 92,5%. La EDPE posee 10 preguntas, cada una maneja un puntaje de 0 a 3, siendo el puntaje total de 0 a 30. El test contiene una pregunta antes de responder las 10 preguntas, el tiempo para realizar este test es de tres minutos aproximadamente (32).

La puntuación máxima de la EPDE es 30, mientras que una puntuación  $\geq 10$  indica riesgo de DPP (9). Una puntuación de  $\geq 13$  indica sospecha de depresión en el embarazo. Cualquier puntaje distinto de cero 0 en la pregunta N° 10 requiere de evaluación adicional dentro de las 24 horas (33). En cuanto al puntaje de corte para establecer el riesgo, no se tiene un valor exacto, por ello, al revisar varios estudios las frecuencias muestran valores diferentes, si a este factor sumamos el tiempo en el que se aplica la escala y tipo de población, los valores estadísticos varían entre la población (34) (38).

Existen varias escalas para el tamizaje de DPP, sin embargo, la EDPE fue la más utilizada (15 de 22 artículos), en los últimos 5 años (2017). Además, evidenciaron que el tiempo en el que se aplicó la escala fue hasta los tres meses, pero también la emplearon después del año (14).

### **2.3. Factores asociados**

Como lo describe la OMS, factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición que sufre un individuo, lo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o una lesión; entonces los factores psicosociales son eventos estresantes como: la muerte de un miembro de familia, ruptura conyugal, desempleo, poco apoyo de la pareja, escaso apoyo social, bajos ingresos familiares, un embarazo no deseado, violencia física y emocional, escolaridad baja, antecedentes psiquiátricos personales, entre otros” (35).

Según lo antes mencionado, en los diferentes países se han realizado estudios tomando en cuenta las características de su población, investigando los factores de riesgo o factores asociados.

- Antecedente de DPP: los factores psicosociales como antecedentes de patología psiquiátrica, estrés vital y mala relación social, han aumentado el riesgo de padecer DPP (36). En otro estudio, realizado en Brasil por Hartmann y colaboradores en el 2013, con la misma EDPE aplicado a 2687 puérperas que se encontraban a las 48 horas de su parto, se establecieron como factores asociados: antecedente de depresión previa, depresión en la familia, y el no contar con apoyo del equipo de salud (3).

Fialal y colaboradores en un estudio de cohorte, realizado en Europa, con una muestra de 7589 pacientes, aplicaron la EDPE en 3 momentos antes del parto, a las 6 semanas y 6 meses de posparto, establecieron como factores asociados a DPP los antecedentes personales de episodios depresivos y madres con estresores sociales (37).

- Disfuncionalidad familiar: factor asociado a DPP, de acuerdo a un estudio realizado en Chile 2017, en una muestra de 76 puérperas que se encontraban entre un mes y un año de su parto (39). Igualmente en otro estudio realizado en Colombia 2012, en una muestra de 460 puérperas adolescentes, pertenecer a una familia disfuncional, constituyó un factor asociado (40).

Para investigar este factor de riesgo se utilizó el Test Apgar Familiar actualizado con una última modificación en el 2015 (Ver anexo 1), creado por Smilkstein en 1978, con el objetivo de evaluar familias disfuncionales, siendo la indicación principal para pacientes poli sintomáticos, con algún componente psicosocial, ansiedad o depresión (41).

- Malnutrición: en un estudio realizado en Reino Unido, en el año 2013, en una muestra de 540.373 embarazadas obesas/sobrepeso, concluyeron que: las gestantes obesas y con sobrepeso tenían probabilidades significativamente más altas de síntomas de depresión que las mujeres de peso normal (obesidad OR 1.43, IC 95% 1.27-1.61, sobrepeso OR 1.19, IC 95% 1.09-1.31), al igual en el posparto mayor probabilidad de presentar depresión que las mujeres de peso normal (obesidad OR 1.30, IC 95% 1.20-1.42, sobrepeso OR 1.09, IC 95% 1.05-1.13) (42).

En otro estudio de tipo prospectivo realizado en este mismo país indica lo contrario, se evaluó a 162 puérperas durante el 2009 – 2013, a las 6 semanas de posparto con la EDPE, punto de corte  $\geq 10$ , mostraron que las puérperas con diabetes mellitus presentaron síntomas depresivos más altos en la no obesas que las obesas (43).

En un estudio realizado en Ontario, Canadá 2015, con una muestra de 70.605 gestantes en donde el 50.3% tenían sobrepeso/obesidad, de ellas el 6,2% tenían depresión valor de  $p < 0.001$  lo convierte en factor asociado para DPP y el 5% presentó depresión en mujeres con peso normal, además, las complicaciones maternas se presentaron más en gestantes deprimidas con sobrepeso/obesidad (8). En el Reino Unido, 2015 se realizó un estudio de corte prospectivo con 357 puérperas, en donde relacionaron la obesidad como factor de riesgo para DPP con valor  $p 0.04$  (44).

## CAPÍTULO III

### 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

#### 3.1. Objetivo general

- Determinar la prevalencia y factores asociados a la depresión posparto en pacientes hospitalizadas en el departamento de Obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso, durante el año 2019.

#### 3.2. Objetivos específicos

- Identificar a la población de estudio por características sociodemográficas y nutricionales según: edad, estado civil, ocupación, instrucción, residencia, antecedente de DPP y estado nutricional.
- Establecer la prevalencia de depresión posparto por medio del EDPE en la población de estudio.
- Identificar la funcionalidad familiar en las participantes, por medio del test del APGAR familiar.
- Determinar la asociación entre la depresión posparto y factores tales como: antecedente personal de DPP, familia disfuncional y malnutrición.

#### 3.3. Hipótesis

La prevalencia de depresión posparto es más elevada en grupos de pacientes con factores asociados tales como: antecedente personal de DPP, familia disfuncional y malnutrición.



## CAPÍTULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

**4.1. Tipo de estudio:** estudio observacional, analítico, transversal.

**4.2. Área de estudio:** la investigación se llevó a cabo en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, perteneciente a la Zona de Salud 6 del Ecuador.

**4.3. Universo y muestra:** la muestra se calculó por medio del programa Epidat 3.1, en base a una población de 4776 partos ocurridos durante el año 2018 en el Hospital Vicente Corral Moscoso, tomando en cuenta que el 34.4% correspondía al factor menos frecuente de DPP (9), un nivel de confianza del 95%, con margen de error del 5%, se calculó una muestra mínima de 320 pacientes, no obstante considerando que los contactos con las pacientes fueron por vía telefónica se consideró un 15% de pérdidas esperadas, determinando una muestra final 368 puérperas.

Para otorgar mayor representatividad a la muestra, y seleccionar las unidades muestrales, se aplicó por medio del programa Epidat 3.1. un muestreo aleatorio simple en puérperas atendidas en la institución participante durante el periodo de octubre a noviembre del año 2019 (anexo 3).

#### 4.4. Criterios de inclusión y exclusión

##### 4.4.1. Inclusión

- Mujeres atendidas para alumbramiento en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo octubre a noviembre del año 2019.
- Mujeres que acepten participar en el estudio mediante un consentimiento informado verbal por medio de llamadas telefónicas.
- Pacientes que se encuentren entre la semana 6-8 de posparto, dato que será confirmado de acuerdo en la fecha de nacimiento de su (s) hijo (s).
- Pacientes con productos a término y que tuvieron apego inmediato.

##### 4.4.2. Exclusión

- Puérperas con discapacidad física o intelectual comprobada con el historial médico.
- Pacientes cuyos hijos hayan fallecido antes o después del parto.

- Historiales clínicos incompletos.

#### **4.5. Variables**

##### **4.5.1. Descripción de variables**

- Variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de instrucción, residencia, ocupación)
- Variables nutricionales: estado nutricional.
- Variable dependiente: depresión posparto.
- Variables independientes: antecedente personal de DPP, familia disfuncional y malnutrición.

##### **4.5.2. Operacionalización de variables (anexo 2)**

#### **4.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

##### **4.6.1. Método: observacional.**

##### **4.6.2. Técnica: revisión de expedientes clínico y encuesta telefónica.**

##### **4.6.3. Instrumento para recolección de la información: se elaboró el cuestionario con las variables de estudio, con 2 secciones (anexo 1): la primera con variables sociodemográficas y clínicas y en la segunda sección la Escala de Depresión Posparto y el test de Apgar Familiar.**

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE): es la escala más utilizada en el ámbito sanitario (14), validada en diferentes países (45): esta herramienta tiene 10 preguntas tipo Likert, con 4 opciones de respuestas, que tienen un valor de 0-3. Los puntajes van de 0 a 30. Punto de corte  $\geq 10$  DPP (13). Antes de recolectar la información se realizó una prueba piloto de 20 pacientes con similares características de otra institución. Dicho pilotaje se realizó con la finalidad de efectuar los ajustes operativos necesarios, además se ejecutó un análisis de fiabilidad a través del Coeficiente Alfa de Cronbach, determinándose una fiabilidad interna del formulario de recolección de datos que mostró un resultado de 0,65 puntos.

Test Apgar Familiar: diseñado para evaluar familias disfuncionales con ciertas indicaciones. Ha tenido varias modificaciones, la última y la que se utilizó en esta investigación corresponde al año 2015 (ver anexo), consta de 5 preguntas, cada

una con un puntaje de 0 a 4 puntos con la siguiente calificación: 0 Nunca, 1 Casi nunca, 2 Algunas veces, 3 casi siempre, 4 Siempre. El puntaje se lo interpreta de la siguiente manera: Normal: 20 -17, disfunción leve: 16 – 13 puntos, disfunción moderada: 12 -10 puntos, disfunción severa:  $\leq 9$  (46).

4.6.4. Procedimientos para la recolección final de datos: previa aprobación por el Comité de bioética de la Universidad de Cuenca y con la autorización del director del Hospital Vicente Corral Moscoso, a través del formulario ya establecido se inició la recolección de datos. Luego de la aleatorización de la muestra y corroborando que se cumplan los criterios de inclusión, se completó la primera sección del formulario de las historias clínicas, posterior a ello se procedió a realizar las llamadas telefónicas para completar la segunda sección del formulario, previo el consentimiento verbal de la paciente, cabe recalcar que las llamadas fueron grabadas. Al final se tabularon 320 formularios de pacientes que aceptaron ser parte de la investigación y se realizó un análisis respectivo, según el cronograma propuesto.

#### **4.7. Tabulación y análisis**

Se aplicó un formulario de recolección de datos con variables sociodemográficas, Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo (EDPE) y preguntas relacionadas con los factores asociados a Depresión Posparto (DPP). Para el procesamiento de la información se empleó el Software SPSS 15, en el análisis se usaron frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar, para determinar la asociación chi cuadrado y valor de  $p$  ( $< 0.00$ ), además de razón de prevalencia (RP) e intervalo de confianza al 95%.

#### **4.8. Aspectos éticos**

- Se solicitaron las autorizaciones correspondientes de la Universidad de Cuenca y del Hospital Vicente Corral Moscoso, cumpliendo con las normas de código de ética de práctica médica.
- Se respetó la autonomía de las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, comunicando el objetivo, el propósito y los pasos a seguir para la ejecución de la investigación, previo el consentimiento verbal para el mismo.

- Se le informó a las participantes que no recibirían una remuneración por su participación y que podrían retirarse del estudio en cualquier momento.
- EL manejo de los datos recolectados fue confidencial, se usaron un código de 3 cifras para identificar a cada participante.
- La base de datos, así como, el acceso a la información es restringido y de uso exclusivo para la investigadora. Permanecerá al alcance, para cuando el Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca así lo requiera.
- Los cuestionarios quedarán guardados y protegidos.

## CAPÍTULO V

## 5. RESULTADOS

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y clínica de 320 madres del HVCM. Cuenca, 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad *</b>		
Adolescente	47	14,7
Juventud plena	115	35,9
Adulto joven	122	38,1
Adulto maduro	36	11,3
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	75	23,4
Casado	110	34,4
Unión libre	133	41,6
Divorciado	1	0,3
Viudo	1	0,3
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	233	72,8
Estudiante	43	13,4
Comerciante	21	6,6
Costurera	6	1,9
Empleada privada	5	1,6
Otros	12	3,7
<b>Nivel de instrucción</b>		
Ninguno	1	0,3
Primaria	81	25,3
Secundaria	198	61,9
Superior	40	12,5
<b>Residencia</b>		
Urbana	286	89,4
Rural	34	10,6
<b>Estado nutricional</b>		
Peso normal	38	11,9
Sobrepeso	144	45
Obesidad	138	43,1

\*Edad: media 26,1 ( $\pm$  6,5)

La tabla 1 indica las características socio demográficas y clínicas de la población en estudio, la media de edad fue de 26,1 años ( $\pm$  6,5 años), siendo el grupo de pacientes de adultas jóvenes el más prevalente. En la mayoría de los casos, 41,6%, las pacientes presentaron un estado civil de unión libre.

El 72,8% de las pacientes refirieron ocuparse en tareas del hogar y el nivel de instrucción más frecuente fue la secundaria con el 61,9% del total, residiendo el 89,4% de mujeres en el área urbana. Las mayores alteraciones nutricionales fueron el sobrepeso y la obesidad con el 45% y 43,1% respectivamente. La media de número de embarazos fue de  $2,3 \pm 1,3$ .

**Tabla 2. Prevalencia de DPP en 320 madres del HVCM. Cuenca, 2019.**

<b>DPP</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Sí</b>	9	2,8	
<b>No</b>	311	97,2	0.87-4.9
<b>Total</b>	320	100	

Tras la aplicación de la Escala de Posparto de Edimburgo, 9 mujeres del total (2,8%) presentaron Depresión Posparto tras 6 a 8 semanas posparto.

**Tabla 3. Funcionalidad familiar en 320 madres del HVCM. Cuenca, 2019.**

<b>Funcionalidad familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Familia funcional</b>	288	90
<b>Disfunción leve</b>	28	8,75
<b>Disfunción moderada</b>	4	1,25
<b>Total</b>	320	100

El 90% de las mujeres encuestadas fueron categorizadas dentro de familias funcionales, mientras que el 10% residen en familias con algún nivel de disfuncionalidad, leve en la mayoría de los casos.

**Tabla 4. Factores asociados a DPP en madres del HVCM. Cuenca, 2019.**

Factores Asociados		Depresión posparto							
		Si		No		RP	IC 95%		Valor p
		n	%	No	%				
Antecedente de DPP	Si	1	100	0	0	39,8	20	79	0,00
	No	8	2,5	311	97,5				
Familia disfuncional	Si	6	18,8	26	81,2	18	4,7	69	0,00
	No	3	1	285	99				
Malnutrición	Si	9	3,2	273	96,8	-	-	-	-
	No	0	0	38	100				

En la mayoría de los casos no fue posible calcular el estadístico razón de prevalencia, por la presencia de frecuencia cero en el análisis, esta situación impide calcular el estadístico.

El antecedente de depresión posparto aumenta en 39,8 veces el riesgo de un nuevo episodio, este factor es el más relevante en este estudio y a pesar de su magnitud se deben analizar las frecuencias pues el único caso que tenía el antecedente de DPP, dio positivo para depresión posparto en la actualidad.

El poseer una familia disfuncional aumenta el riesgo de depresión posparto en un total de 18 veces con un IC de entre 4,7-68,5 y con un valor de p estadísticamente significativo.

En los demás casos no se estableció una relación de asociación estadísticamente significativa.

## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

La prevalencia de este estudio comparada con las cifras del resto de países, es baja, la marcada diferencia se explica en una revisión de la literatura realizada entre los años 2001 – 2016, recalca que hasta el momento no existe consenso médico para establecer una herramienta estándar para el tamizaje de DPP (47), tampoco escalas adecuadas a las diferentes culturas y los diversos factores sociales (48).

En relación a lo antes mencionado, no existe una política universal de cuándo y cómo aplicarla, a pesar de que la EDPE es la más utilizada, también, es una de las escalas que tuvo menor sensibilidad; sumado a esto, el tipo de pregunta de las escalas ya sea el método dicotómico (Sí/No) o las de tipo Likert, demostraron que la primera tuvo una sensibilidad del 100%, mientras que la escala Likert (EDPE) una sensibilidad del 62% (puntuación Likert puede estar sesgada para pacientes con buen nivel de educación) y por último, los diferentes puntos de corte que tampoco tienen un valor estándar para el embarazo y puerperio (47).

En este trabajo de investigación la prevalencia mostró valores de 2,8%, si comparamos esta cifra con otro valor bajo como un 3,3% de prevalencia, de acuerdo al estudio realizado por Ogbo y colaboradores, en una muestra de 17.564 pacientes (30) y otra prevalencia del 72% en la Troncal, Cañar, Ecuador (26), en estos estudios se aplicó la EDPE a los 12 meses y 4 semanas respectivamente, pese a que se empleó la misma herramienta de cribado para la DPP, los resultados fueron diferentes.

De los factores asociados planteados en este trabajo de investigación, dos resultaron estadísticamente significativos: disfunción familiar y el antecedente de DPP; este último, como toda patología, requiere una historia clínica completa, sobre todo de los antecedentes psicológicos/psiquiátricos, para proyectarnos al manejo y seguimiento de la paciente. El personal de salud en contacto con la madre o futura madre, debe conocer que en el periodo posparto sobre todo durante las cinco primeras semanas, los episodios depresivos son tres veces más frecuentes, debido a que el parto y puerperio son eventos psicológicos y fisiológicos estresantes (49).

Al estudiar el antecedente de DPP se buscaron en algunos trabajos, uno de ellos se realizó en Brasil en el año 2013, Hartmann y colaboradores, en una muestra de 2687 mujeres en puerperio mediato, concluyeron que la prevalencia de la DPP fue de 14% y que el antecedente de trastorno depresivo y depresión en la familia son factores



asociados para esta enfermedad (3), de la misma manera en otro estudio europeo Fialal y colaboradores, en una muestra de 7589 pacientes en donde la EDPE fue aplicada en diferentes momentos (embarazo y puerperio), obtuvieron como resultado que los antecedentes personales de episodios depresivos y madres con estresores sociales fueron factores asociados para DPP (37), y por último, en nuestro estudio también este factor fue estadísticamente significativo valor de  $p = 0,00$  y una RP 39,8.

Otro de los factores que en varios estudios resultó asociado a la DPP, es la disfunción familiar, en nuestro estudio con un valor de  $p = 0,00$  y la RP 18 se estableció como un factor de riesgo para esta enfermedad mental, si lo comparamos con el estudio realizado en la India en el año 2018, con una muestra de 200 pacientes, en donde se refiere que la falta de apoyo familiar y mala relación con la pareja conlleva a una mayor prevalencia de DPP, y por ende, se transforma en un factor asociado a esta patología (4), al igual que, en otro estudio realizado en el mismo país y en el mismo año, en una muestra de 146 pacientes, Salengia et al, concluyeron con un valor de  $p = 0,001$ , que la falta de apoyo familiar estuvo asociada a DPP (50).

Relaciones conflictivas con los miembros de la familia predice el inicio de sintomatología depresiva, por el contrario, el apoyo de la misma, de su pareja y amigos, el apoyo económico, el apoyo en actividades domésticas promueve autoconfianza y menos niveles de estrés, reduciendo las probabilidades de presentar síntomas depresivos luego del nacimiento de su hijo (51).

Por último, un tercer factor de riesgo como la malnutrición, que en este estudio pese a que del total de la muestra el 88.1% correspondía a pacientes con sobrepeso/obesidad, por los casos encontrados de DPP no se lograron establecer como un factor asociado, sin embargo, en otros trabajos de investigación, como el realizado en Canadá, en el año 2015, en una muestra de 70.605 embarazadas con Sobrepeso/Obesidad resultó ser un factor asociado con un valor de  $p < 0,001$  (8), así mismo, en Reino Unido en el año 2015, se evidenciaron más síntomas depresivos en las embarazadas y puérperas obesas, estableciéndose como factor de riesgo con un valor  $p = 0.04$  (44).

La literatura en relación a las limitaciones, expresa que los sesgos que se presentan al momento de la recolección de los datos como las llamadas telefónicas, podrían ser causa de errores en la información, en donde las respuestas podrían estar influenciadas por la presencia de familiares, pareja u otra persona, o simplemente evitó una respuesta real, por el hecho de que podría determinar una enfermedad mental y cuestionaran su capacidad para cuidar a su hijo, o exponer sus problemas familiares. Comparto con lo

mencionado, y pienso que se pudieron presentar en algún momento estos sesgos durante la recolección de la información.

Otro limitante fue el no contar con un punto de corte universal para el tamizaje de DPP, ni el tiempo establecido para aplicar la EDPE, de ahí la importancia de realizar más estudios de este tipo con el fin de contribuir a determinar en nuestra población, el punto de corte y el tiempo apto para aplicar esta escala.

Los resultados obtenidos revelaron una nueva prevalencia y factores asociados, si bien la cifra no debe importar, a razón de que, por diversas causales de logística la misma puede variar, es indispensable la atención que realice el personal de salud a la gestante y la puérpera para prevenir casos de DPP, logrando un diagnóstico temprano y la exposición a las graves consecuencias que la misma conlleva.

### **6.1. Confirmación o rechazo de la hipótesis**

La hipótesis se confirma en donde la prevalencia de depresión posparto es más elevada en grupos de pacientes con factores asociados tales como: antecedente personal de DPP, familia disfuncional y para el tercer factor asociado como la malnutrición esta hipótesis no se confirma.

## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1 Conclusiones

- Se estudió una población de 320 mujeres, en donde la media de la edad fue 26,1 años, de estado civil unión libre, amas de casa, de instrucción secundaria, de residencia urbana y en obesidad/sobrepeso.
- La prevalencia de DPP tiene un valor bajo.
- El antecedente de haber padecido DPP aumenta el riesgo de un nuevo episodio.
- En lo que respecta al ambiente familiar, la mayor parte de las puérperas estudiadas posee una familia funcional.
- A pesar de que la mayoría de mujeres residen en ambientes familiares funcionales, la disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo de DPP en 18 veces en comparación con mujeres que residen en un ambiente familiar funcional.

#### 7.2 Recomendaciones

- Al hospital Vicente Corral Moscoso se recomienda mantener un alto nivel de sospecha de DPP en todas las mujeres atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, esta vigilancia se puede realizar mediante el uso de la EDPE.
- Al Ministerio de Salud Pública se recomienda protocolizar el tamizaje de DPP en los servicios de salud públicos y privados, además de los centros de salud en el primer nivel de atención.
- El componente familiar fue el de mayor impacto, se recomienda a las instituciones de salud prestar especial interés en las relaciones familiares de las pacientes.
- Fomentar el seguimiento de este tema, con trabajos nuevos de investigación y mediante el aumento del alcance, específicamente en la búsqueda de factores de riesgo para su prevención.
- Para la recolección de los datos se recomienda que se la realice mediante una entrevista.

## CAPÍTULO VIII

### 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. Rev Colomb Psiquiatr. enero de 2019;48(1):58-65.
2. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. 2014.
3. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. Cad Saúde Pública [Internet]. 9 de octubre de 2017 [citado 18 de enero de 2020];33(9). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000905013&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905013&lng=pt&tlng=pt)
4. Sidhu G, Sidhu T, Kaur P, Lal D, Sangha N. Evaluation of peripartum depression in females. Int J Appl Basic Med Res. 2019;9(4):201.
5. Araújo I, Aquino K, Fagundes L, Santos V. Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet. marzo de 2019;41(03):155-63.
6. Romero D, Orozco L, Ybarra J, García B. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2017;82(2):152-62.
7. Perales M, Cordero Y, Vargas M, Lucía A, Barakat R. Exercise and depression in overweight and obese pregnant women: a randomised controlled trial. Arch Med Deporte Rev Fed Esp Med Deporte Confed Iberoam Med Deporte. 2015;32(167):156-63.
8. Lutsiv O, McKinney B, Foster G, Taylor VH, Pullenayegum E, McDonald SD. Pregnancy complications associated with the co-prevalence of excess maternal weight and depression. Int J Obes. diciembre de 2015;39(12):1710-6.
9. Santacruz M, Serrano F. Depresión posparto. Prevalencia y factores asociados en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014 [Internet] [Tesis]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21717/Tesis.pdf>
10. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. Psychiatry Res. febrero de 2014;215(2):341-6.
11. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Azuaje E, et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2014;79(4):294-304.
12. Jadresic E. Depresión posparto en el contexto del hospital General. Rev Médica Clínica Las Condes. noviembre de 2017;28(6):874-80.

13. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord.* junio de 2003;75(1):71-6.
14. Moraes GP de A, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends Psychiatry Psychother.* marzo de 2017;39(1):54-61.
15. Navarrete L, Nieto L, Lara MaA, Lara Ma del C. Sensitivity and specificity of the three Whooley and Arroll questions for detecting perinatal depression in Mexican women. *Salud Pública México.* 19 de diciembre de 2018;61(1, ene-feb):27.
16. Barbosa M, Angelo M. Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. *Enferm Glob [Internet].* 2016 [citado 18 de enero de 2020];15(42). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000200009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200009)
17. Asselmann E, Wittchen H-U, Erler L, Martini J. Peripartum changes in social support among women with and without anxiety and depressive disorders prior to pregnancy: a prospective-longitudinal study. *Arch Womens Ment Health.* diciembre de 2016;19(6):943-52.
18. Iwata H, Mori E, Sakajo A, Aoki K, Maehara K, Tamakoshi K. Prevalence of postpartum depressive symptoms during the first 6 months postpartum: Association with maternal age and parity. *J Affect Disord.* octubre de 2016;203:227-32.
19. Fan Q, Long Q, De Silva V, Gunarathna N, Jayathilaka U, Dabrera T, et al. Prevalence and risk factors for postpartum depression in Sri Lanka: A population-based study. *Asian J Psychiatry.* enero de 2020;47:101855.
20. Míguez M, Fernández V, Pereira B. Depresión postparto y factores asociados en mujeres con embarazos de riesgo [Internet]. 2017 [citado 18 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.behavioralpsycho.com/producto/depresion-postparto-y-factores-asociados-en-mujeres-con-embarazos-de-riesgo/>
21. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2019 [citado 18 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
22. Guerra AM, Dávalos Pérez DM, Castillo Martínez A. Detección de síntomas depresivos en mujeres gestantes de alta complejidad obstétrica y factores correlacionados. *Rev Colomb Psiquiatr.* octubre de 2017;46(4):215-21.
23. Fellmeth G, Opondo C, Henderson J, Redshaw M, Mcneill J, Lynn F, et al. Identifying postnatal depression: Comparison of a self-reported depression item with Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at three months postpartum. *J Affect Disord.* mayo de 2019;251:8-14.
24. Hu Y, Wang Y, Wen S, Guo X, Xu L, Chen B, et al. Association between social and family support and antenatal depression: a hospital-based study in Chengdu, China. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet].* diciembre de 2019 [citado 18 de enero de 2020];19(1). Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2510-5>

25. Ortiz Martinez RA, Gallego Betancourt CX, Buitron Zuñiga EL, Meneses Valdés YD, Muñoz Fernandez NF, Gonzales Barrera MA. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev Colomb Psiquiatr.* octubre de 2016;45(4):253-61.
26. Pinos E. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en el hospital Darío Machuca palacios del Cantón La Troncal, 2017-2018 [Tesis]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2019.
27. Borrero I, Castro S. Frecuencia de depresión posparto en puérparas del hospital Vicente Corral Moscoso [Internet] [Tesis]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2017 [citado 18 de enero de 2020]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/28274/1/PROYECTO%20ODE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
28. Organización Mundial de la Salud. CIE 11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. 2019 [Internet]. 2019 [citado 18 de enero de 2020]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/1-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/104129373>
29. on behalf of the Maternal Morbidity Working Group, VanderKruik R, Barreix M, Chou D, Allen T, Say L, et al. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 18 de enero de 2020];17(1). Disponible en: <http://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1427-7>
30. Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho KE, Barnett B, et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry* [Internet]. diciembre de 2018 [citado 2 de febrero de 2020];18(1). Disponible en: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1598-x>
31. Ntaouti E, Gonidakis F, Nikaina E, Varelas D, Creatsas G, Chrousos G, et al. Maternity blues: risk factors in Greek population and validity of the Greek version of Kennerley and Gath's blues questionnaire. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 28 de noviembre de 2018;1-10.
32. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes.* noviembre de 2014;25(6):1019-28.
33. Ministerio de Salud de Chile. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. 2014.
34. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* septiembre de 2017;219:86-92.
35. Vergel J, Gaviria SL, Duque M, Restrepo D, Rondon M, Colonia A. Gestational-related psychosocial factors in women from Medellin, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* enero de 2019;48(1):26-34.
36. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* enero de 2014;28(1):3-12.

37. Fiala A, Švancara J, Klánová J, Kašpárek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 2 de febrero de 2020];17(1). Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1261-y>
38. Sundaram S, Harman JS, Cook RL. Maternal Morbidities and Postpartum Depression: An Analysis Using the 2007 and 2008 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Womens Health Issues*. julio de 2014;24(4):e381-8.
39. Contreras Y, Sobarzo P, Manríquez C. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2017;43(1):1-13.
40. Cogollo Milanés Z, Romero Brieva Y, Morales García M, Vanegas Nuñez J, López Escobar V, Guazo Meza D. Associated factors with clinically significant depressive symptoms in postpartum adolescents in Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. 1 de mayo de 2015;31(2):234-44.
41. Cusihamán-Puma AU, Vert-Gossen VR, Medina-Rodríguez JR, Ávalos DS, Ferreira-Gaona MI, Díaz-Reissner CV. La disfunción familiar y su repercusión en el adolescente. *Barrio Rosa Mística - Paraguay*, 2012. *Mem Inst Investig En Cienc Salud*. 20 de diciembre de 2018;16(3):22-9.
42. Molyneaux E, Poston L, Ashurst-Williams S, Howard LM. Obesity and Mental Disorders During Pregnancy and Postpartum: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*. abril de 2014;123(4):857-67.
43. Hinkle SN, Buck Louis GM, Rawal S, Zhu Y, Albert PS, Zhang C. A longitudinal study of depression and gestational diabetes in pregnancy and the postpartum period. *Diabetologia*. diciembre de 2016;59(12):2594-602.
44. Mina TH, Denison FC, Forbes S, Stirrat LI, Norman JE, Reynolds RM. Associations of mood symptoms with ante- and postnatal weight change in obese pregnancy are not mediated by cortisol. *Psychol Med*. noviembre de 2015;45(15):3133-46.
45. Shrestha SD, Pradhan R, Tran TD, Gualano RC, Fisher JRW. Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 7 de febrero de 2020];16(1). Disponible en: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0859-2>
46. Suarez M, Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med Paz*. 2014;20(1):53-8.
47. Ukatu N, Clare CA, Brulja M. Postpartum Depression Screening Tools: A Review. *Psychosomatics*. mayo de 2018;59(3):211-9.
48. González A, Casado P, Molero M, Santos R, López I. Factores asociados a depresión posparto. *Rev Arch Méd Camagüey* [Internet]. 2019 [citado 7 de febrero de 2020];23(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552019000600770&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552019000600770&script=sci_arttext&tlng=en)



49. Gaynes B, Gavin N, Meltzer K, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, et al. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes: Summary [Internet]. 2005 [citado 7 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11838/?report=reader>.
50. JayaSalengia B, Rajeswari S, Nalini S. The relationship between maternal confidence, infant temperament, and postpartum depression. Iran J Nurs Midwifery Res. 2019;24(6):437.
51. Agostini F, Neri E, Salvatori P, Dellabartola S, Bozicevic L, Monti F. Antenatal Depressive Symptoms Associated with Specific Life Events and Sources of Social Support Among Italian Women. Matern Child Health J. mayo de 2015;19(5):1131-41.



**CAPÍTULO IX****9. ANEXOS****9.1. Anexo 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**  
**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN**  
**USUARIAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA, PERIODO**  
**2019.**

Yo Adriana Paola Lema Buri, postgradista del Ginecología y obstetricia, me encuentro realizando un estudio, para ello necesito su colaboración, el llenado de los datos hágalo de la manera más precisa y exacta, eso ayudará a tener valores más reales para mi estudio. Como ya se indicó anteriormente en el consentimiento informado, los datos obtenidos serán de uso exclusivo para la investigación respetando el derecho de confidencialidad.

Fecha de recolección: \_\_\_\_\_ N° de formulario: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Historia clínica: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es su estado civil?:  
Casada   Soltera   Unión libre   Viuda   Divorciada   Separada
3. ¿Fecha de nacimiento de su hijo? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuántos años de estudio usted ha aprobado? \_\_\_\_\_
6. Parroquia donde vive: \_\_\_\_\_ Urbana   Rural  
Peso: \_\_\_\_\_ Kg. Talla: \_\_\_\_\_ cm   IMC: \_\_\_\_\_
7. ¿Alguna vez usted fue diagnosticada, por un miembro del equipo de salud, de depresión en los pospartos anteriores?   Si   No
8. ¿Alguna vez usted fue diagnosticada, por un miembro del equipo de salud, de depresión en los embarazos anteriores?   Si   No
9. ¿Alguna vez usted fue diagnosticada, por un miembro del equipo de salud, de hipertensión arterial en esta gestación?   Si   No  
Presión arterial sistólica actual \_\_\_\_\_ mm Hg.  
Presión arterial diastólica actual \_\_\_\_\_ mm Hg.

10. ¿Alguna vez usted fue diagnosticada, por un miembro del equipo de salud, de amenaza de aborto en esta gestación?      Si                  No

11. ¿Alguna vez usted fue diagnosticada, por un miembro del equipo de salud, de amenaza de parto pre termino en esta gestación?      Si                  No

### Escala **de** Depresión **de** Posparto **de** Edimburgo

Sabemos que tuvo un bebé, queremos saber cómo se ha sentido en los últimos 7 días:

- |  |  |
|--|--|
| He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:    | ___ Casi siempre (2)   |
| ___ Siempre (0)  | ___ A veces (1)  |
| ___ Casi siempre (1)                                       | ___ Nunca (0)  |
| ___ A veces (2)  | Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir |
| ___ Nunca (3)  | ___ Siempre (3)  |
| He mirado el futuro con gusto                              | ___ Casi siempre (2)   |
| ___ Siempre (0)  | ___ A veces (1)  |
| ___ Casi siempre (1)                                       | ___ Nunca (0)  |
| ___ A veces (2)  | Me he sentido triste sin motivo                                |
| ___ Nunca (3)  | ___ Siempre (3)  |
| Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien | ___ Casi siempre (2)   |
| ___ Siempre (3)  | ___ A veces (1)  |
| ___ Casi siempre (2)                                       | ___ Nunca (0)  |
| ___ A veces (1)  | He sido tan infeliz que he estado llorando                     |
| ___ Nunca (0)  | ___ Siempre (3)  |
| He estado preocupada sin motivo                            | ___ Casi siempre (2)   |
| ___ Siempre (3)  | ___ A veces (1)  |
| ___ Casi siempre (2)                                       | ___ Nunca (0)  |
| ___ A veces (1)  | He pensado en hacerme daño a mí misma                          |
| ___ Nunca (0)  | ___ Siempre (3)  |
| He sentido miedo sin motivo alguno:                        | ___ Casi siempre (2)   |
| ___ Siempre (3)  | ___ A veces (1)  |
| ___ Casi siempre (2)                                       | ___ Nunca (0)  |
| ___ A veces (1)  |  |
| ___ Nunca (0)  |  |
| Me he sentido intranquila.                                 |  |
| ___ Siempre (3)  |  |

## TEST DE APGAR FAMILIAR

Función	Nunca (0)	Casi nunca (1 punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios de la casa, c) el dinero.					
Puntaje total					


## Anexo 2: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Cronológico	Años cumplidos	10 – 19 Adolescencia 20-24 Juventud plena 25-34 Adulta joven 35 – 64 Adulta madura
<b>Estado civil</b>	Condición conyugal	Estado conyugal	Historia clínica	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre Separada
<b>Años de estudio</b>	Años de estudio aprobados.	Académica	Años cursados	Años indicados
<b>Residencia actual</b>	Lugar donde radica en el momento del estudio.	Geográfica	Registro de formulario	Urbana Rural
<b>Ocupación</b>	Actividad, oficio profesión que desempeña de manera habitual remunerada o no remunerada.	Laboral	Formulario recolección	Trabajo remunerado Quehaceres Domésticos Estudiante
<b>Depresión posparto</b>	Síntomas depresivos en el puerperio.	Emocional	Formulario recolección	Punto de corte: $\geq 10$ riesgo de DPP
<b>Antecedente personal de DPP</b>	Diagnóstico de depresión en puerperios anteriores.	Emocional	Formulario recolección	Si fue diagnosticado No fue diagnosticado
<b>Funcionalidad familiar</b>	Interacción afectiva, con capacidad de superar dificultades a lo largo de su ciclo vital de cada uno de los miembros de familia.	Familiar	Formulario recolección	Familia Normal: 17 - 20 Familia disfuncional: Leve: 13 - 16 Moderada: 10 - 12 Severa: $\leq 9$
<b>Malnutrición</b>	Nutrición deficiente o desequilibrada debido a una dieta pobre o excesiva.	Estado nutricional	IMC Peso y talla <sup>2</sup>	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad

## 9.2. Anexo 3: ALEATORIZACIÓN DE LA MUESTRA

**Muestreo simple aleatorio**

Datos y resultados

Archivo de trabajo:  

Tamaño poblacional


Tamaño de muestra

Tamaño poblacional: 595  
Tamaño de muestra: 320  
Número de los sujetos seleccionados

3	4	5	6	11	12	13
18	20	21	24	25	29	30
31	33	35	37	39	43	45
46	48	51	54	56	58	59
61	62	63	64	65	68	70
72	76	78	83	84	87	89
90	92	93	94	95	98	101

**Muestreo simple aleatorio**

Datos y resultados

Archivo de trabajo:  


Tamaño poblacional

Tamaño de muestra

102	104	105	107	110	111	115
118	119	120	121	122	123	124
129	130	131	132	135	137	140
142	143	145	146	149	150	155
159	163	164	168	171	172	173
174	175	177	179	180	181	182
183	184	185	187	189	190	191
192	195	196	197	198	201	203
204	205	209	211	212	213	214
216	221	224	225	227	228	229
230	231	232	236	242	243	244

Muestreo simple aleatorio

Datos y resultados

Archivo de trabajo:  


Tamaño poblacional

Tamaño de muestra

245	246	247	248	251	255	256
261	262	263	268	270	271	273
274	275	277	278	279	280	284
286	287	288	289	291	294	295
296	298	299	301	304	306	309
311	312	315	317	320	322	323
324	328	329	332	335	337	338
339	341	343	349	351	352	354
357	359	360	361	362	366	369
370	374	375	378	380	381	382
383	384	385	388	389	392	393

Muestreo simple aleatorio

Datos y resultados

Archivo de trabajo:  


Tamaño poblacional

Tamaño de muestra

395	396	398	399	400	402	403
407	408	409	410	411	412	413
414	416	417	419	422	426	427
428	429	432	434	437	439	441
442	445	446	448	449	450	451
452	453	454	455	456	457	460
461	462	463	465	466	468	469
470	471	474	477	478	480	483
484	485	486	487	489	490	491
492	494	495	504	505	511	514
516	517	519	523	524	528	530

Muestreo simple aleatorio

Datos y resultados

Archivo de trabajo:  

Tamaño poblacional

Tamaño de muestra

484	485	486	487	489	490	491
492	494	495	504	505	511	514
516	517	519	523	524	528	530
531	534	535	537	539	541	542
543	545	546	547	548	549	550
552	553	555	556	557	564	565
566	569	572	573	574	575	577
579	580	581	582	583	584	586
588	589	591	593	595		

### 9.3. Anexo 4: CRONOGRAMA

#### CRONOGRAMA ANTERIOR

ACTIVIDADES	Mes 2019											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Revisión final del protocolo y aprobación	X											
2. Diseño y prueba de instrumentos		X										
3. Recolección de datos y revisión			X	X	X	X	X	X	X			
4. Elaboración del informe final										X	X	X

#### CRONOGRAMA ACTUAL

ACTIDADES	NOVIEMBRE DICIEMBRE 2019	ENERO 2020	FEBRERO 2020	MARZO 2020
Aprobación del protocolo con nuevos cambios	X			
Recolección de los datos	X			
Elaboración del informe final		X	X	
Entrega del informe final				X



#### 9.4. Anexo 5: PRESUPUESTO RECURSOS MATERIALES Y ECONÓMICOS

Fuentes	Discriminación detallada de recursos	Unidades que se requiere	Valor de cada unidad (USD)	Valor total (USD)
Autor del estudio	Computadora	1	--	--
	Impresora	1	--	--
	Paquete de hojas A4	2000	0.01	20.00USD
	Impresiones	2000	0.02	40.00USD
	Fotocopias	2000	0.01	20.00USD
	Internet	300 horas	0.30	90.00USD
	Esferos, resaltadores	5	0.50	2.50USD
	Anillados	10	2.00	20.00USD
	Flash memory	1	4.00	4.00USD
	Trasporte	8	5.00	40.00USD
	Alimentación	30	2.50	75.00USD
	Llamadas telefónicas (plan ilimitado)	4	30.00	120.00USD
	SPSS 25	1	300.00	300.00USD
Facultad de Ciencias Médicas	Computadora	1	--	--
	Internet	300 horas	--	--
	Libros biblioteca	--	--	--
Hospital Vicente Corral Moscoso	Listado de pacientes	1	--	--
	Historias clínicas	350	--	--
Subtotal				731.50USD
Varios (5%)				36.57USD
Total				768.07USD



## 9.5. Anexo 6: RECURSOS HUMANOS

Dra. Fernanda Molina	Psiquiatra
Dr. Ismael Morocho Malla	Psiquiatra
Dra. Alicia Hurtado Cárdenas	Psicóloga
Dr. Jaime Nauta Baculima	Ginecólogo – Obstetra, Director de Tesis
Dra. Jeanneth Tapia Cárdenas	Ginecóloga- Obstetra, Asesora metodológica
Dra. Katherine Salazar Torres.	Ginecóloga- Obstetra, Asesora metodológica
Dr. Carlos Abambari.	Asesor metodológico